

# A IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UMA REALIDADE?

*Mercedes Rabelo\**

Nos últimos meses de 1991, Porto Alegre sediou, como palco de desenvolvimento dos debates acerca da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), a promoção de dois eventos: o I Congresso Multiprofissional de Medicina Geral-Comunitária e a I Conferência Municipal de Saúde, esta, preparatória para as Conferências Estadual (já realizada em Passo Fundo) e Nacional. Inicialmente previsto para dezembro, o encontro nacional ainda corre o risco de não se concretizar, devido à grande movimentação na esfera do Executivo Federal no sentido de inviabilizá-lo, inclusive dificultando a liberação dos recursos necessários à sua realização.

Para a implantação do SUS, são objetivos fundamentais o acesso universal e igualitário da população às ações e serviços de saúde e a superação das desigualdades regionais e sociais na cobertura de saúde. Frente a isso, duas questões vêm se colocando sistematicamente nas discussões, estando também na pauta destes últimos debates a descentralização e a municipalização.

Com relação à primeira, a proposta contida nas concepções mais progressistas do projeto "descentralização" não é (e não deveria estar sendo) uma mera questão de reforma administrativa. Ao contrário, ela se situa no âmbito de uma ampla reforma sanitária, que deverá implantar um novo modelo assistencial, distinto daquele que vigorava antes da promulgação, em 1988, da Constituição, envolvendo necessariamente gestão municipal (Muller Neto, 1991; Mendes, 1991).

Por outro lado, a proposta de municipalização da saúde, embora tenha surgido em 1950 com o Sanitarismo Desenvolvimentista, atravessou todo o período autoritário sem conseguir ser implementada, em conformidade com as deliberações da III Conferência Nacional de Saúde de 1963. A municipalização, hoje, refere-se à transferência do poder decisório acompanhado, sempre, por uma mudança no "modelo assistencial hegemônico" (Mendes, 1991, p.4), isto é, aquele modelo que privilegia a assistência individual e curativa em detrimento das ações de cunho preventivo e coletivo.

A relevância desses temas e sua atualidade no cenário brasileiro decorrem do definitivo consenso presente na sociedade e expresso na Constituição em torno da universalização do direito à saúde: há uma noção clara de que saúde é dever do Estado e direito de todos. A necessidade da universalização é referida pelos vários segmentos conflitantes no interior da sociedade, como os empresários do setor médico-hospitalar, as indústrias de equipamentos médicos, as organizações dos trabalhadores da saúde: o Estado deve prover a todos o acesso à saúde.

Contudo, no interior desse consenso, há percepções divergentes. O Brasil parece estar promovendo um processo similar àquele norte-americano, onde a universalização

---

\* Socióloga do Núcleo de Estudos Regionais e Urbanos da FEE.

é, antes, excludente. Todos aqueles que de alguma forma estão inseridos no mercado formal de trabalho buscam outras formas de assistência, desde o mercado privado até as medicinas de grupo, os convênios entre empresas e prestadores de serviços médicos, etc.

"A universalização durante a Nova República teve como contrapartida a exclusão de significativos grupos sociais, sobretudo as camadas médias, por mecanismos usuais de racionamento. Tais contingentes passaram a constituir o público alvo das novas modalidades de oferta de serviços médicos que, nesta perspectiva, atuam como elemento de acomodação do sistema, posto que, na sua ausência, as pressões sobre o setor público seriam, muito provavelmente, explosivas. Daí o caráter excludente da universalização do acesso ao sistema de saúde no Brasil" (Faveret Filho, & Oliveira, 1990, p.140).

É um modelo de caráter liberal que privilegia o setor privado, de compra e venda de mercadorias, no qual a assistência gratuita e universal somente vão recorrer aqueles segmentos marginalizados do sistema social. Tal situação se verifica devido ao crescente sucateamento e mesmo falência da rede pública, à não-capacitação dos recursos humanos, etc.

Subjacente às políticas de saúde mais recentes, pode-se perceber a concepção de que a universalização significa proporcionar aos segmentos mais pobres da população apenas um mínimo de atenção primária à saúde, e não uma oferta adequada de serviços e equipamentos que atenda à diversidade de problemas de saúde que o País apresenta.

Hésio Cordeiro, ao tomar posse na Presidência do INAMPS, evidenciou preocupação nesse sentido:

"É necessário assegurar o acesso ao atendimento da população dos grandes centros urbanos, da periferia, das áreas metropolitanas e das áreas rurais, principalmente as famílias mais pobres, aquelas que vivem nos bolsões da miséria. Aos trabalhadores urbanos dos ramos da produção e dos serviços, asseguramos que esta política, que busca a equidade do direito à saúde, não comprometerá seu atendimento" (Cordeiro, 1991, p.155).

O universalismo esboçado nos ideais do Welfare State reporta-se mais especificamente aos países europeus da social-democracia. Já a construção do Estado de Bem-Estar Social brasileiro, contudo, deve deparar-se com uma profunda desigualdade social, com níveis "africanos" de miséria, associada a uma grave crise financeira do Estado, o que vem configurando uma crise de governabilidade sem precedentes.

Por fim, a universalização dos serviços de saúde no Brasil apresenta uma outra distorção. Esta diz respeito à evasão de impostos decorrente da existência de um imenso mercado informal de trabalho, o que representa uma fuga de recursos que poderiam estar sendo canalizados para o sistema nacional de saúde e de seguridade social. "Os direitos sociais adquiridos nos anos dourados tendem a permanecer no Primeiro Mundo, enquanto nos demais países tornam-se cada vez mais distantes" (Médici, 1991a, p.26).

No momento atual, o processo de implantação do SUS está colocando em discussão algumas questões que são fundamentais para sua viabilização. Essas questões remetem à formulação de instrumentos de cunho político, indispensáveis à verdadeira reforma, como a legitimidade e o poder deliberativo das conferências locais e nacionais de saúde e o repasse automático dos recursos ao município, os quais haviam sido, num primeiro momento, vetados pelo Presidente Collor quando ocorreu a

promulgação da Lei Orgânica de Saúde, em 1990. O resgate desses princípios deu-se em função dos movimentos populares de resistência que, através do Congresso, derrubaram esses vetos (Cordeiro, 1991).

Em 1991, foi definitivamente promulgada a Lei Orgânica de Saúde e Normatizações do INAMPS, que estabeleceu formas de remuneração dos serviços hospitalares e ambulatoriais para os setores público e privado e o repasse dos recursos para as diferentes unidades da Federação, os quais, hoje, são alvo de intensa discussão.

O sistema de pagamento aos prestadores de serviços públicos e privados é definido nas Portarias nºs 15, 16 e 17, de janeiro de 1991, cabendo destacar, dentre outras normas, as seguintes:

- uniformização gradativa da tabela de pagamentos aos hospitais públicos e privados, buscando estabelecer uma mesma base para todos os hospitais que integram a rede SUS;
- criação do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS);
- extinção das normas anteriores de remuneração ambulatorial e implantação de uma tabela única, independentemente da natureza jurídica e do vínculo que mantenham com o SUS;
- criação do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

Essas portarias permitem homogeneizar o pagamento em todo o território, independentemente da natureza do prestador ou qualidade do serviço prestado. Esse procedimento, no entanto, pode levar a uma deterioração da qualidade dos serviços, dado que cada prestador procurará fazer o mínimo para receber o estipulado (Médici, 1991a). É nesse sentido que alguns autores sugerem a criação de um sistema de inspeção de qualidade dos serviços prestados e, ao nível dos estados, comissões de "descredenciamento" dos estabelecimentos cuja qualidade dos serviços esteja muito abaixo da média. Por outro lado, ressaltam que a criação do SIH/SUS e a do SIA/SUS poderão acelerar a descentralização gerencial e de informações que justamente deve estar ao alcance dos gestores estaduais e municipais.

Quanto aos mecanismos de repasse de recursos federais aos estados e municípios, a Portaria nº 19, de janeiro de 1991, estabelece uma cota fixa de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) para cada unidade da Federação, a qual repartirá com os municípios, dentro da proposta de municipalização.

Os critérios utilizados na distribuição das AIHs, contudo, não são claros: partiram do comportamento observado em anos anteriores?

As Secretarias de Saúde Estaduais, envolvidas diretamente nessa discussão, não participaram das definições. Além disso, segundo o parâmetro estabelecido como "ótimo" pelo INAMPS, são fixadas 0,1 internações/habitante/ano, o que se verifica em apenas seis estados (a média é de 0,093 internações/habitante/ano) (Médici, 1991a, p.27).

De acordo com a Tabela 1, podem-se observar, ainda, algumas discrepâncias na distribuição das AIHs: estados relativamente semelhantes quanto ao grau de urbanização, composição etária da população, perfil epidemiológico, etc., como Pará e Mato Grosso, receberam uma cota bastante distinta — 0,067 e 0,120 respectivamente. Quais foram os fatores de ordem técnica que balizaram essa distribuição? Embora conste na Norma Operacional Básica 01/91, do INAMPS, que a transferência das AIHs seria proporcional à população de cada estado, pelo exemplo citado percebe-se o não-atendimento a essa determinação.

Tabela 1

Distribuição mensal do número de AIHs pagas pelo Governo Federal  
segundo as distintas unidades da Federação — 1991

UNIDADES DA FEDERAÇÃO	NÚMERO DE AIHs MENSAIS	AIHs/HABITANTE/ANO
Acre .....	2 898	0,081
Alagoas .....	18 916	0,072
Amazonas .....	14 759	0,086
Amapá .....	1 783	0,081
Bahia .....	81 166	0,081
Ceará .....	49 999	0,091
Distrito Federal .....	12 023	0,075
Espírito Santo .....	19 764	0,092
Goiás .....	35 737	0,094
Maranhão .....	39 561	0,090
Minas Gerais .....	140 456	0,105
Mato Grosso .....	17 652	0,120
Mato Grosso do Sul .....	15 677	0,102
Pará .....	28 589	0,067
Pernambuco .....	57 024	0,091
Piauí .....	20 988	0,093
Paraná .....	77 646	0,100
Rondônia .....	7 600	0,080
Rio de Janeiro .....	117 181	0,097
Roraima .....	906	0,088
Rio Grande do Norte .....	16 340	0,083
Rio Grande do Sul .....	78 749	0,102
Sergipe .....	11 370	0,095
Santa Catarina .....	38 346	0,101
São Paulo .....	279 201	0,099
Tocantins .....	9 840	-
TOTAL .....	1 194 171	0,093

FONTE: BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 19, 8.1.91.

Finalmente, de acordo com Médici (1991), a cota determinada para 1991 é menor do que a de 1990, situação agravada pelo fato de que agora essas AIHs cobrirão tanto o setor público quanto o privado, enquanto aquela (de 1990) se restringia ao setor privado.

A Portaria nº 20, também de 1991, estabelece os critérios para a aplicação da Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA), cujo valor hierarquizado por estado é estabelecido levando em conta sua população (estimativas do IBGE), capacidade instalada, desembolso institucional em termos de quantidade e de resolutividade, ocorrência de casos atípicos e séries históricas dos estados.

O cálculo dos recursos a serem repassados segue um procedimento que tem base na estimativa populacional (Tabela 2).

Tabela 2

Recursos federais (UCA) repassados para os estados — 1991

UNIDADES FEDERADAS	POPULAÇÃO EM 1991	NÚMERO DE UCAs (hab./a.)	VALOR ANUAL DE UCAs (Cr\$ 1 000)
Acre .....	441 491	4 488	1 981 411,61
Alagoas .....	2 824 005	6 732	19 011 201,66
Amapá .....	275 014	4 488	1 234 262,83
Amazonas .....	2 206 070	5 616	12 389 289,12
Bahia .....	12 637 576	7 488	94 630 169,09
Ceará .....	6 725 805	7 488	50 362 827,84
Distrito Federal ....	1 841 028	6 732	12 393 800,50
Espírito Santo .....	2 692 408	6 732	18 125 290,66
Goiás .....	4 515 983	6 732	30 401 597,56
Maranhão .....	5 407 827	5 616	30 370 356,43
Mato Grosso do Sul ..	1 943 069	6 732	13 080 740,51
Mato Grosso .....	2 204 342	5 616	12 379 584,67
Minas Gerais .....	16 956 903	7 488	126 973 289,66
Pará .....	5 392 409	5 616	30 283 768,94
Paraíba .....	3 616 203	6 732	24 344 278,60
Paraná .....	9 162 671	9 467	86 741 173,82
Pernambuco .....	7 889 014	7 488	59 072 936,83
Piauí .....	2 837 486	5 616	15 935 321,38
Rio de Janeiro .....	13 076 454	9 467	123 792 174,73
Rio Grande do Sul ...	9 348 284	9 467	88 498 334,97
Rio Grande do Norte .	2 522 652	6 732	16 982 493,26
Rondônia .....	1 373 720	4 488	6 165 255,36
Roraima .....	220 852	4 488	991 183,78
Santa Catarina .....	4 789 894	7 488	35 866 726,27
São Paulo .....	32 028 569	9 467	303 208 057,01
Sergipe .....	1 593 319	6 732	10 726 223,51
Tocantins .....	1 043 097	4 488	4 681 419,34
Brasil .....	155 566 145		1 230 623 169,94

FONTE: Diário Oficial da União (11.9.91). Brasília. Seção I, p. 19190

O valor a ser transferido para cada estado será obtido pelo produto da projeção oficial da população daquele estado pelo valor da UCA que lhe corresponde. Esse valor será transformado em duodécimos, que serão repassados, até o último dia útil do mês, a cada estado. Estes deverão subtrair mensalmente o valor dos serviços a serem prestados pela rede de responsabilidade estadual. Desse novo valor, serão descontados 10%, destinados ao custeio das atividades administrativas e operacionais das Secretarias Estaduais de Saúde. Chega-se, dessa forma, a um terceiro valor, que será dividido pela

estimativa da população de cada estado. Esse valor "per capita" é que, multiplicado pela população de cada município, representará o montante a ser repassado às Secretarias Municipais de Saúde.

A exposição a seguir é mais elucidativa quanto ao mecanismo estabelecido pela Portaria nº 20 (CORDONI JR., L. & BERTONE, A. (1991)).

Funcionamento dos repasses através da UCA:

- UCA multiplicada pela população da unidade federada = valor a ser repassado à UF;
- valor a ser repassado dividido por 12 = duodécimo = valor mensal bruto;
- valor mensal bruto menos fatura SIA/SUS (pago pela DG-INAMPS) = valor mensal líquido;
- valor mensal líquido menos 10% do Estado = saldo;
- saldo dividido pela população da UF = quociente de valor;
- quociente de valor multiplicado pela população do município = recursos federais a serem repassados ao município.

Contudo, apesar dessa variedade de critérios, não foram considerados relevantes o tipo e a estrutura da demanda, ou seja, o quadro nosológico da população, a acessibilidade aos serviços e a esperança de vida ao nascer (Médici, 1991).

Assim, o valor da UCA assume um caráter regressivo, no qual aos estados menos desenvolvidos — cujo quadro sanitário é mais precário, onde há menor porte e complexidade da capacidade instalada, inferior qualidade dos serviços e baixo desempenho técnico da rede — é estabelecido um valor de UCA menor.

Contrariamente àquele pressuposto inicial básico, onde um dos objetivos era justamente diminuir as desigualdades regionais, esse mecanismo aumenta as disparidades e cria um "fluxo circular da pobreza" (Médici, 1991b).

Além disso, esse novo modelo organizativo dos repasses parece não contemplar as ações de saúde coletiva, como vigilância epidemiológica, saúde do trabalhador, vigilância sanitária e do meio ambiente, desenvolvimento dos recursos humanos e de atividades de ciência e tecnologia (Cordeiro, 1991).

Restaria mencionar que o processo pelo qual os governos municipais passam a dispor concretamente das verbas definidas pelo SUS traz outras imposições que o tomam ainda mais complicado. Isso porque, para o efetivo repasse dos recursos, é necessário o cumprimento dos seguintes requisitos:

- criação dos Conselhos Municipais de Saúde, compostos por representantes da Secretaria Municipal, prestadores privados contratados, profissionais de saúde e usuários, organizados de forma paritária;
- criação do Fundo Municipal de Saúde;
- apresentação do Plano Municipal de Saúde, aprovado pelo Conselho e pelo Poder Executivo;
- criação da programação e orçamentação em saúde;
- relatório da gestão local;
- comprometimento de recursos para a saúde não inferior a 10% do orçamento municipal;
- constituição de uma comissão para elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), com o prazo de dois anos para sua implantação.

Aqueles municípios que não preencherem esses requisitos terão seus recursos administrados pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Na prática, embora necessárias para o efetivo controle e fiscalização social na aplicação dos recursos, essas medidas

também acabarão por incrementar a disparidade entre os municípios, já que muitos deles não conseguirão, em curto prazo, implantar essas instâncias.

Aqui se coloca uma questão fundamental: o processo de descentralização não vai, por si só, garantir a democratização e a recuperação do caráter público da saúde, assim como não garantirá a participação popular e o controle social dos procedimentos. Os mecanismos clientelistas são, inclusive, muito mais fortes a níveis local e municipal. Os canais de participação, como os Conselhos Municipais, portanto, desempenham um papel decisivo no sentido de realmente democratizar a gestão dos recursos públicos no setor saúde. Trata-se de articular novas formas de relacionamento entre o Estado e a sociedade "(...) que superem os procedimentos autoritários, populistas ou clientelistas, com a participação ativa e representativa dos atores sociais" (Muller Neto, 1991, p.59).

Finalmente, é necessário levantar ainda um aspecto mais geral, que remete à distribuição dos recursos nas esferas de investimentos e de subsídios às atividades econômicas e no âmbito do bem-estar social. É fundamental uma redefinição que privilegie os setores relacionados com o consumo coletivo, visando implementar as mudanças que se quer alcançar no quadro do atendimento universal à saúde.

## Bibliografia

- CASTRO, Janice D. de (1991). Análise da distribuição dos recursos financeiros para assistência à saúde no Brasil e no Rio Grande do Sul e proposta de operacionalização dos critérios para sua distribuição. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, CEBES, (32):10-6.
- CORDEIRO, Hésio (1991). Controvérsias no financiamento do SUS. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, CEBES, (31):19-24.
- CORDEIRO, Hésio (1991). Controvérsias no financiamento do SUS. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, CEBES, (31):19-24.
- CORDONI JÚNIOR, L. & BERTONE, A. (1991). Reflexões sobre os novos mecanismos de pagamentos do INAMPS. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, CEBES, (31):9-10.
- FAVERET FILHO, Paulo & OLIVEIRA, Pedro J. de (1990). A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. **Planejamento e Políticas Públicas**, (3):139-62, jun. Reflexões sobre os novos mecanismos de pagamentos do INAMPS. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, CEBES, (31):9-10.
- FAVERET FILHO, Paulo & OLIVEIRA, Pedro J. de (1990). A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. **Planejamento e Políticas Públicas**, (3):139-62, jun.
- JACOBI, Pedro (1991). **Descentralização municipal e participação dos cidadãos**: apontamentos para o debate. Porto Alegre, PMPA. (mimeo).
- LUZ, Madel T. (1991). Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de transição democrática: anos 80. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, CEBES, (32):27-32.
- JACOBI, Pedro (1991). **Descentralização municipal e participação dos cidadãos**: apontamentos para o debate. PMPA, mimeo.

MÉDICI, André (1991). **Financiamento do setor saúde**. (Documento para apresentação da OPAS/Brasil). (mimeo).

\_\_\_\_ (1991a). As fronteiras da universalização: o dilema da política social na virada do século; notas para uma discussão. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, CEBES, (32):21-6.

\_\_\_\_ (1991b). Novas regras para o financiamento do setor saúde em 1991. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, CEBES, (31):25-31.